Interim Report Card

Seniors in Canada 2003

by the National Advisory Council on Aging

Government of Canada
National Advisory Council on Aging

Gouvernement du Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Canada

Interim Report Card

Seniors in Canada
2003

National Advisory Council on Aging

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
Address Locator : 1908 A1
OTTAWA, Ontario
K1A 1B4

Tel: (613) 957-1968
Fax: (613) 957-9938
E-mail: seniors@hc-sc.gc.ca
Internet: http://www.naca.ca

Health Canada's Division of Aging and Seniors provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

This publication can be made available in alternative formats upon request. It is also available on the NACA website.

©Minister of Public Works and Government Services Canada, 2003
Cat.: H88-3/29-2003E
ISBN: 0-662-34849-4

Aussi disponible en francais : *Bulletin intérimaire : Aînés au Canada – 2003*

104-00821/

What is the National Advisory Council on Aging?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a diversity of experience, concerns and aptitudes.

NACA Council members (October 2003)

Chairperson

Patricia Raymaker	Calgary, Alberta

Members

Lloyd Brunes	Hay River, Northwest Territories
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nova Scotia
Jean Claude Duclos	Montréal, Quebec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don E.T. Holloway	Marystown, Newfoundland
Reg MacDonald	Miramichi Bay, New Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, British Columbia
Yvette Sentenne	Montréal, Quebec
Mohindar Singh	Winnipeg, Manitoba
Joyce Thompson	Charlottetown, P.E.I.

Table of Contents

	Foreword	**vii**
1	**How healthy are seniors?**	**1**
2	**How well is the health care system serving seniors?**	**5**
3	**How well are seniors faring economically?**	**11**
4	**How supportive, enabling and safe are seniors' living conditions?**	**15**
5	**How fully are seniors participating in society?**	**19**
	The last word	**23**
	End notes/References	**27**

Foreword

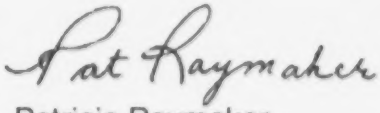
How well are Canadian seniors doing?

To answer this question, the National Advisory Council on Aging (NACA) examined certain aspects of the situation of Canadian seniors and published, in 2001, its first *Report Card: Seniors in Canada*. The 2001 *Report Card* rated seniors' well-being as reflected in measures of their **health status, access to quality health care**, **financial situation**, **living conditions** and **participation in society**. A grade was attributed and priorities for action were identified in each of these areas. The next Report Card, to appear in 2006, will assess general progress over five years.

In the interim, to ensure continued attention in the areas that the 2001 *Report Card* saw as requiring priority action, NACA is publishing this brief *Interim Report Card 2003.* Since this is a report on progress, no grades are given. Rather, information is updated and emerging trends or policy developments that hold promise – or raise red flags – for seniors are noted. Grading will continue in the next full Report Card.

Of the 30 million Canadians in 2001, 3.9 million were 65 and older. Seniors are the fastest-growing age group in the country: the increase in their numbers since the 1996 census (about 360,000) is enough to populate a mid-size Canadian city, such as London, Ontario, or Halifax, Nova Scotia. Issues that concern seniors should be high on every government's agenda.

The 2001 *Report Card*, this *Interim Report Card 2003* and those that will follow constitute NACA's "watching brief" on aging and seniors issues in Canada. Council invites governments at all levels, seniors' organizations, voluntary organizations and all groups concerned with seniors and with an aging society to use this tool in determining priorities for action and for advocacy.



Patricia Raymaker
Chairperson
National Advisory Council on Aging

NACA looks forward to readers' comments and suggestions concerning its Report Cards in the hope of developing an increasingly useful tool for bettering the lives of Canadian seniors.

1

How healthy are seniors?

How healthy are seniors?

Areas identified for action

With respect to health status, the 2001 *Report Card: Seniors in Canada* had identified three areas needing improvement: injury prevention, promotion of physical activity, and suicide prevention – especially for men.

New or updated information

- While the 65 and over population grew 3.7% between 1997 and 1999, hospital admissions showed seniors incurring slightly fewer unintentional injuries in 1999-2000 (73,113) than in 1997-98 (73,595), a decline of about 0.7%.[1] Similar trends are also seen for falls (see Chart 1).

- Seniors aged 65-74 showed an improvement in their physical activity levels, with 51.1% reporting being physically inactive in 2000-01, compared to 54.7% in 1998-99. Seniors 75 and older lagged in this area with 63.3% reporting being physically inactive in 2000-01, a little worse than the 62.5% in 1998-99.[2]

- Suicide among senior men 85 and older decreased slightly between 1997 and 1998 from 34.3 to 31.0 for every 100,000 men.[3]

Observations

- There has been slight progress in all three areas: a decrease in unintentional injuries and in falls, continued reduction in reported physical inactivity among seniors aged 65-74 and a decline in suicide rates among men aged 85 and older.

- Council is however concerned about the persistently high rate of falls among older seniors.

- Physical inactivity remains stubbornly high among seniors 75 years and older, although even mild activity has proven physical and mental benefits for seniors at all ages. Changing from a sedentary, physically inactive lifestyle, to do mild to moderate physical activity regularly is an important step toward maintaining or improving health.

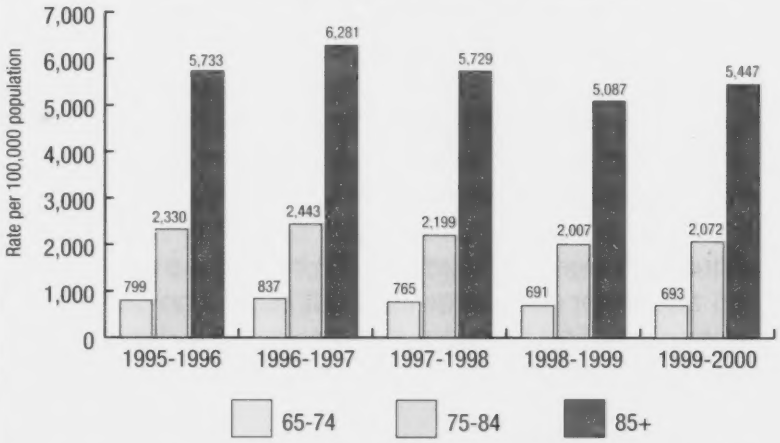
- The consistently higher suicide rates for men aged 85 and older compared to most other age groups is a longstanding problem that has not yet drawn the attention needed.

Emerging areas of promise and concern

- Seniors' life expectancy continues to increase and self-reported health,[4] as well as some aspects of mental health, are improving. Yet, at the same time, the percentage of seniors reporting major chronic diseases, including diabetes, high blood pressure and arthritis/rheumatism, has been rising. Also, more seniors than other age groups have become ill or have died as a result of new infectious diseases,

such as the West Nile virus and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). NACA will expect Ministers of Health to pay particular attention to the needs of older Canadians in developing the Pan-Canadian Healthy Living Strategy and public health responses to emerging infectious diseases.

CHART 1. Falls requiring hospitalization have decreased for all seniors since 1995-1996, but remain very high for seniors over 85



Source: Canadian Institute for Health Information. "National Trauma Registry". Ottawa: 1998-2002 and Health Canada. "Canadian Injury Data: Mortality-1997 and Hospitalizations -1996-97". Ottawa: October 1999.

2

How well is the health care system serving seniors?

How well is the health care system serving seniors?

Areas identified for action

In terms of the health care system's accessibility, comprehensiveness, effectiveness, appropriateness and the degree of satisfaction of users, the 2001 *Report Card* had observed that there was not yet sufficient information to assess how well the health care system was serving seniors. This situation has been changing. Due to recent federal, provincial and territorial initiatives to improve the accountability of the health care system, new studies are shedding light on seniors' access to health care and their satisfaction with the care they receive. Evidence is available regarding the appropriateness of prescription drug use. Also reported is information concerning accessibility of geriatric specialist care, the cost of prescription drugs and the accessibility and comprehensiveness of home care.

New or updated information

- In 2001, a very high proportion of seniors (95.9%) reported having a regular family physician and their access to a physician exceeded the average for all Canadians (87.7%).[5]

- Fewer seniors than Canadians aged 15-64 complained about waiting too long for care in 2000-01 (see Chart 2).[6]

- A very high 90.2% of seniors rated the overall quality of the health care services they received during the previous 12 months as excellent or very good. This was the highest of all age groups, with Canadians aged 45-64 next highest at 87.2%.[7]

- In 2000, there were 144 geriatricians[8] in Canada, although an estimated 481 were needed. By 2006, the forecast is that there will be 198 geriatricians, but a need for 538.[9] Canada has 0.44 geriatricians per 100,000 population compared with 2.1 in Israel and 3.4 in the United States (the Royal College of Physicians of London, England, promotes a standard of about two per 100,000).[10]

- Seniors spend more for drugs than other age groups, despite coverage by drug benefit plans; for instance, Manitoba drug use data show that seniors in that province spent four times more per person for prescribed drugs in 1999-2000 than younger residents: $708 vs $177.[11]

- Although much of the higher drug costs of seniors results from having to take more medications, part of it also comes from higher drug prices: the retail prices of prescription drugs have risen every year since 1997.[12]

- Seniors relying on formal sources only for home care support received considerably fewer hours of assistance than those who relied on informal support or on a combination of formal and informal

support.[13] In 1996, seniors who relied exclusively on formal sources of support reported only 1.8 hours a week of assistance compared to 3.5 hours per week reported by those assisted by informal sources and 6.5 hours per week by seniors who received both formal and informal assistance (see Chart 3).[14] The more seniors relied on formal support, the greater their unmet needs for assistance with activities of daily living.[15]

- Withdrawal of housekeeping services from home care clients with low-level needs in British Columbia resulted in a decline in the health of these persons, as measured by increased hospitalization, admission to residential care and deaths.[16]

Observations

- The great majority of seniors consider the basic physician and hospital care they receive to be accessible and of good quality. But subjective ratings say nothing about the appropriateness of care, nor its effectiveness. These criteria can only be assessed by examining the care given in comparison to accepted standards of best practice and to the outcomes of treatment. By "best practice standard", many drugs are not being appropriately or effectively prescribed.

- Objective studies of home care confirm long-standing complaints from many recipients, providers and observers – access to home care services has been limited, with disturbing consequences for many seniors, and the services provided may not fully meet care needs.

- Many seniors are paying more than before for needed prescription drugs. Increases in out-of-pocket payments for medication can have negative health consequences for seniors with low and modest incomes.[17] Of particular concern is the growing cost burden of drugs for near-seniors, people 55-64, who have increasing health problems requiring medication but who are not covered by either public or private drug insurance plans.

- A worrisome trend is the shortage of physicians specialized in the care of seniors with complex health needs. This concern is shared by the Canadian Medical Association and Canadian Nurses Association who have expressed concern with the projected dearth of physicians and nurses in general to provide care to an aging population.

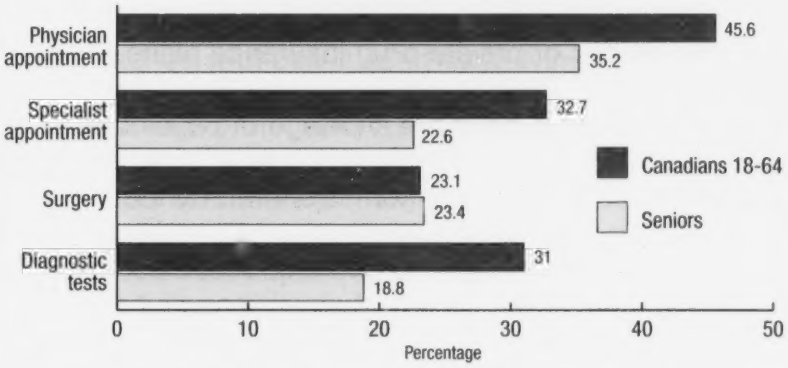
Emerging areas of promise and concern

- The 2003 First Ministers Accord on Health Care Renewal provides some much-needed direction and new investments in primary health care, catastrophic drug coverage, and core services for short-term acute home care, including mental health services and end-of-life care. The infusion of new funds should allow provinces and territories to devote more resources to long-term chronic home care, which serves predominantly seniors. Council will be watching for improvements in this sector of home care.

- Reports have been increasing about government underfunding and shoddy care in long-term care

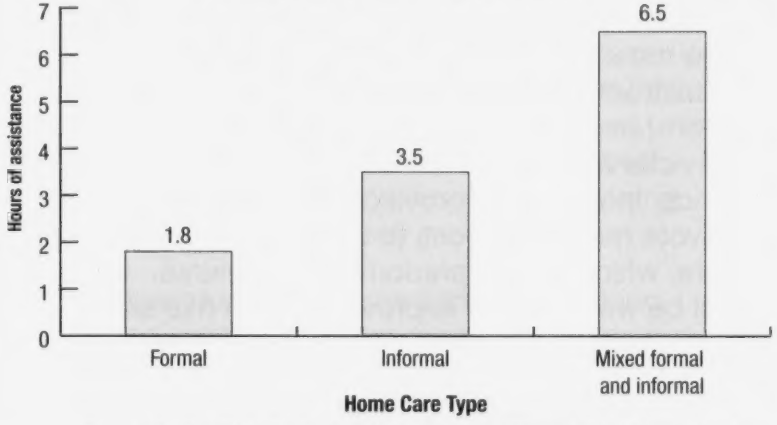
institutions, at the same time as the charges to residents for care have been rising in some jurisdictions. NACA will explore this issue further in the next Report Card.

CHART 2. Fewer seniors than younger Canadians said they waited too long for most health care services, 2001



Source: Health Analysis and Measurement Group. "Access to Health Care Services in Canada, 2001". Ottawa: Statistics Canada, 2002. Cat. No. 82-575-XIE.

CHART 3. Seniors who received only formal home care services in 1996 had the least hours of assistance



Source: Lafrenière, Sylvie, Carrière, Yves, Martel, Laurent and Bélanger, Alain. "Dependent seniors at home – formal and informal help". Health Reports. Vol, 14, No. 4. Statistics Canada: 2003.

3

How well are seniors faring economically?

How well are seniors faring economically?

Areas identified for action

The 2001 *Report Card*'s assessment of the economic status of Canadian seniors saw the situation of seniors living alone as requiring priority action, particularly that of senior women, who continue to have higher rates of low income than other seniors.

New or updated information

- The percentage of unattached senior women with low income (after-tax) declined from 22.0% in 1998 to 21.0% in 2000, while rates for unattached senior men remained stable at about 17.0%.[18]

- The average after-tax income of unattached senior women rose to $19,299 in 2000, from $18,960 in 1999 (see Chart 4).[19]

- At the same time unattached senior men were reporting an average after-tax income of $22,025 in 2000, down from $22,725 in 1999.[20]

Observations

- The increase in average after-tax income for unattached senior women is welcome news, but it illustrates how precariously close to poverty as defined by after-tax low-income cutoffs (LICOs) many of these women are.

- Although unattached senior men have substantially higher after-tax incomes than their female counterparts, their loss of net after-tax income warrants monitoring.

Emerging areas of promise and concern

- Senior families are falling behind economically. Between 1991 and 2000, the average after-tax income of senior families decreased by $553 (from $39,764 to $39,211) while the after-tax income of non-senior families increased by $6,585 (from $50,635 to $57,220).[21]

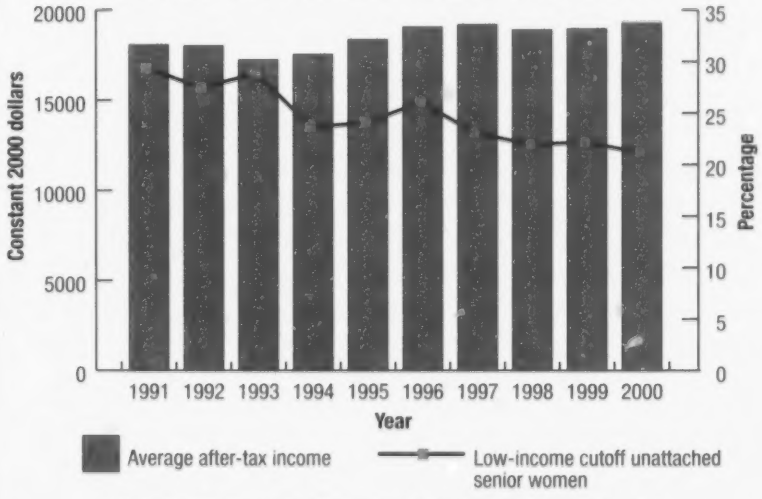
- Many seniors continue to have very modest means. While the percentage of seniors who have incomes low enough to be beneficiaries of the Guaranteed Income Supplement (GIS) has declined over the past decade, still 36% of seniors who get OAS also depend on the GIS. Huge variations exist in the percentage of seniors receiving the GIS, from 66% in Newfoundland and Labrador to 28% in Ontario. Women persistently constitute almost two out of every three GIS recipients. Moreover, as the over-65 population increases, the number of seniors who must rely on the supplement to make ends meet is

increasing: there were about 137,000 more GIS recipients in 2003 than in 1993.[22]

- These trends show that many seniors have little, if any, capacity to absorb higher living expenses. The cost of many essential products and services has increased, such as energy costs, property taxes, insurance rates, retail drug prices and the cost of drug benefit plans in some provinces. Moreover, since 2001, the downturns in financial markets have adversely affected many seniors' income from investments.

- The federal government is making a more vigorous effort to reach out to low-income seniors who are eligible for the GIS but who have not yet applied. NACA will report on trends in GIS uptake in Report Card 2006.

CHART 4. A small increase in the average after-tax income for unattached senior women lifts them above the low-income cutoff line



Source: Income Statistics Division. "Income in Canada, 2000". Ottawa: Statistics Canada, 2002. Cat. No. 75-202-XIE. 1992 LICO base

4

How supportive, enabling and safe are seniors' living conditions?

How supportive, enabling and safe are seniors' living conditions?

Areas identified for action

The 2001 *Report Card* indicated that priority action should be taken on two fronts: increasing the stock of affordable rental housing to alleviate core housing needs, and reducing the rate of economic crime victimization.

New or updated information

- PhoneBusters statistics on telemarketing fraud show that Canadians over age 60 accounted for almost 90% of those who reported being defrauded in 2001 compared with about 77% in 1999.[23]

Observations

- PhoneBusters data represent only the number of calls reporting phone fraud to this organization, and probably underestimates the actual prevalence of telemarketing fraud. The higher rates among older

Canadians may indicate either that seniors are the prime targets for this crime, or that they are more aware of PhoneBusters and willing to report having been the targets of fraud artists.

- Information on core housing needs derived from the 2001 Census is not yet available.[24]

Emerging areas of promise and concern

- Since 2001, the federal government has committed about $1 billion to help stimulate the creation of more affordable housing and has signed agreements with all provinces and territories to implement the first phase ($680 million) of the program. Besides increasing affordable housing for low-income Canadians generally, this initiative has also led to senior-specific housing in some jurisdictions. NACA will be monitoring effects of this program on the proportion of seniors in a situation of core housing need.

- More seniors, especially older seniors, are living alone. While many seniors prefer this independence, living alone can be associated with more loneliness, unmet daily needs and increased personal safety risks. For seniors experiencing considerable difficulty managing alone as they become frail or disabled, there is a growing need for high quality alternative supportive housing options. Selection of a retirement home can be chancy as a lack of a consistent process to ensure quality standards in services – either through regulation or accreditation – means there are some great homes and some awful ones.

- In partnership with other stakeholders, Canada Mortgage and Housing Corporation plays a significant role in identifying, promoting and facilitating a greater range of housing choices for seniors. Yet, NACA concluded in the 2002 *Position Paper on Supportive Housing* that more federal funding is necessary to stimulate new developments to meet rising needs.

5

How fully are seniors participating in society?

How fully are seniors participating in society?

Areas identified for action

For this aspect of seniors' situation, the 2001 *Report Card* focused on the need to abolish mandatory retirement at age 65 in provinces where it still existed.

New or updated information

- Ontario has announced it will make mandatory retirement illegal, except where negotiated, by amending the definition of "age" in the *Human Rights Code* and in other legislation.

Observations

- Age discrimination remains a societal norm of exclusion for seniors in those provinces where mandatory retirement policies based on age continue to be legally permitted. These are: British Columbia, New Brunswick, Nova Scotia, Saskatchewan, and Newfoundland and Labrador.[25]

Emerging areas of promise and concern

- Seniors are rapidly catching up to younger Canadians in using the Internet to communicate and to obtain information and their enrolment in formal educational activities has been increasing. As our society becomes more complex and more reliant on easy and rapid access to information, it is vital that seniors have opportunities to update their knowledge and skills to participate fully.

- Proportionately fewer seniors are volunteering than a few years ago, but those who do volunteer are putting in more hours. Trends in seniors' volunteer participation warrant monitoring because their continued engagement contributes to the social good as well as to their personal well-being.

- Seniors' labour force participation rate has been declining in recent years; at the same time, the proportion of seniors actively looking for paid work has increased slightly. As seniors become ever rarer in the workplace, the exclusion of those who want – or need – paid employment may become more firmly entrenched in practice, if not in policy. To facilitate seniors' continued participation in the labour force, explicit initiatives to stimulate lifelong learning, to develop skills and to accommodate a work/life balance are needed.

The last word

The last word

A few positive changes have occurred since *Report Card: Seniors in Canada 2001*. One more province will soon prohibit mandatory retirement at age 65. Some aspects of seniors' health and safety have improved slightly too. There is now much more information about the perceived performance of the publicly-insured health care system, but it should be interpreted cautiously. When people rate their satisfaction with respect to care, they do so without knowing whether the care they have received really meets objective standards of quality. Little, in fact, is known about the effectiveness of care in most areas, particularly for seniors, although the evidence regarding drug prescribing practices is disturbing. As well, there are significant gaps in knowledge regarding home care and long-term institutional care, which serve some of the most vulnerable and voiceless seniors in society.

Council repeats the recommendation it made in *Waiting for Romanow* (2002) that governments be audited by an independent third party on both the performance and the quality of health care. Better public accountability is urgently needed because without hard evidence, governments face no compelling political pressures to improve care.

There is enough hard evidence in some areas to justify action now:

In the area of health, targeted activities in health promotion and disease prevention are needed to control the rising rates of preventable chronic disease and to help seniors with chronic illness manage their conditions effectively. Action in health care for seniors includes improving access to, and adequacy of, home care and increasing the supply of health professionals to care for seniors.

Some issues need more exploration and closer monitoring to anticipate policy directions:

The precarious economic situation of unattached senior women has been a long-standing problem, yet now unattached senior men and senior families are appearing on the radar screen. The impact of rising costs for essential goods and services on economically vulnerable seniors should be assessed. Seniors living alone, or in retirement homes and long-term care institutions warrant more attention. Finally, seniors' rates of participation in paid work and in volunteer activities should be probed, particularly if they continue to drop.

In the past decade, there have been significant federal initiatives addressing seniors' well-being or the issues of an aging population: pension reform, health care renewal and the creation of the Canadian Institutes of Health Research – Institute of Aging. While these measures are undeniably positive, the federal government has **forgotten** its electoral commitment to

promote healthy aging, has cut back on its support for seniors' community programs and organizations, and has not shown leadership in implementing the United Nations' Madrid *International Plan of Action on Ageing*[26] here in Canada. New and emerging government initiatives in healthy living, health care, affordable housing and lifelong learning can lead to some future improvements in seniors' health and well-being, but there is a danger that seniors' specific needs will be overlooked in generic, "one-size-fits-all" programs.

The federal government seems to believe that it has solved the "demographic aging problem", but its actions to date are not sufficient. Without real federal leadership – especially in implementing the UN *Plan of Action on Ageing* at home – the needs of many seniors today will remain unmet and **Canada will be ill-prepared when the growth in the seniors' population accelerates eight years from now.**

End notes/References

1 Canadian Institute for Health Information. *National Trauma Registry Report, Major Injury in Canada, 1999-2000*. Ottawa: 2001, pp.13,18.

2 Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information. *Health Indicators*. 2002, www.statcan.ca:80/english/freepub/82-221-x1E//free.htm. "Leisure-time physical activity, by age group and sex, household population aged 12 and over, Canada 2000/01."

3 Lindsay, Colin. *A Portrait of Seniors in Canada*. Third Edition, Ottawa: Statistics Canada, 1999. Cat. No. 85-519 XPE, p. 61.

4 *Self-reported health means that seniors rate their own health status as being excellent, very good, good, fair or poor. Self-reported health is generally accepted as a good indicator of a person's health.*

5 Health Analysis and Measurement Group. *Access to Health Care Services in Canada, 2001*. Ottawa: Statistics Canada, 2002. Cat. No. 82-575-XIE, pp. 28-29. Analysis performed by Division of Aging and Seniors, Knowledge Development Unit.

6 *Ibid.*

7 Health Canada. *Healthy Canadians – A Federal Report on Comparable Health Indicators*. Ottawa: 2002, p. 82.

8 *A geriatrician is a specialist in geriatric medicine, i.e. that deals with the problems and diseases of old age.*

9 Hogan, David B. "Human Resources, Training and Geriatrics." *Geriatrics Today*. Vol. 4, No. 1, February, 2001, p. 8.

10 MacKnight, Chris et al. "Response to the Romanow Report." *Geriatrics Today*. Vol. 6, No. 1, p. 13.

11 Currie, R.J. "Drug prescribing in Manitoba: How appropriate is it?" Report Summary of *Pharmaceuticals: Focussing on Appropriate Utilization*. Manitoba Centre for Health Policy. June 2003 bulletin.

12 Patented Medicines Prices Review Board. *PMPRB 2002: Annual Report*. Ottawa: 2003, p. 24.

13 *Informal help is performed by family, friends or neighbours; formal help is provided by paid employees of for-profit or not-for-profit organizations.*

14 Lafrenière, S., Carrière, Y., Martel, L., and Bélanger, A. "Dependent seniors at home – the balance of formal and informal help." *Health Reports*, Vol 14, No. 4. August, 2003. Statistics Canada. Cat. No. 82-003, p. 35.

15 Chen, J. and Wilkins, R. *Seniors' needs for health-related personal assistance*. Statistics Canada, Cat. No. 82-003, Vol. 10, No.1, p. 48.

16 Hollander, Marcus, and Tessaro, Angela. *Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care*. Final Report submitted to the Home Care/Pharmaceuticals Division, Policy and Communications Branch, Health Canada. Victoria: Hollander Analytical Services, 2001.

17 Tamblyn, Robyn et al. "Adverse Events Associated with Prescription Drug-cost Sharing among Poor and Elderly Persons." *Journal of the American Medical Association*, 2001, Vol. 285, No. 4: 421-429.

18 Income Statistics Division. *Income in Canada 2000*. Ottawa: Statistics Canada, 2002. Cat. No. 75-202-XIE, p. 77. (Income data are reported in 2000 constant dollars).

19 *Ibid*, p. 61.

20 *Ibid*, p. 61.

21 *Ibid*, p. 61.

22 *Statistical Bulletin Canada Pension Plan Old Age Security*. Human Resources Development Canada, January-May 2003. The 2003 data are based upon the five months January-May, 2003.

23 Phonebusters. *Statistics on Phone Fraud*. http://www.phonebusters.com/Eng/Statistics/canada_stats1_2002.html. Tables 2001, 2002.

24 *A household is said to be in core housing need if its housing falls below at least one of the adequacy, suitability or affordability standards and it would have to spend 30% or more of its income to pay the average rent of alternative local market housing that meets all three standards.*

25 Human Resources Development Canada, "Work-Life Balance in Canadian Workplaces," http://labour-travail.hrdc-drhc.gc.ca/worklife/aw-retirement-legislative-02-en.cfm

26 *The Plan was put in place in 2002 at the Second World Assembly on Ageing, in Madrid. http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.htm*

Bulletin intérimaire

Aînés au Canada 2003

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Gouvernement du Canada
Conseil consultatif national sur le troisième âge

Government of Canada
National Advisory Council on Aging

Canada

Bulletin intérimaire

Aînés au Canada 2003

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Pour plus d'information :

Conseil consultatif national sur le troisième âge
IA : 1908 A1
OTTAWA (Ontario)
K1A 1B4

Tél : (613) 957-1968
Téléc : (613) 957-9938
Courriel : seniors@hc-sc.gc.ca
Internet : http://www.ccnta.ca

La Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada fournit le soutien administratif au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Cette publication peut être fournie, sur demande, dans des formats de substitution. On peut aussi la consulter ou l'imprimer à partir du site Internet du CCNTA.

©Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2003
Cat : H88-3/29-2003F
ISBN : 0-662- 89681-5

Also available in English: *Interim Report Card: Seniors in Canada 2003*

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, et publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres provenant de toutes les régions du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

Les membres du CCNTA (Octobre 2003)

Présidente

Patricia Raymaker	Calgary, Alberta

Membres

Lloyd Brunes	Hay River, Territoires du Nord-Ouest
Bubs Coleman	Saskatoon, Saskatchewan
Mary Cooley	Halifax, Nouvelle-Écosse
Jean Claude Duclos	Montréal, Québec
Michael Gordon	Toronto, Ontario
Don Holloway	Marystown, Terre-Neuve
Reg MacDonald	Miramichi Bay, Nouveau-Brunswick
Gérald Poulin	Ottawa, Ontario
Ruth Schiller	Osoyoos, Colombie-Britannique
Yvette Sentenne	Montréal, Québec
Mohindar Singh	Winnipeg, Manitoba
Joyce Thompson	Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Table des matières

Avant-propos ..... **vii**

1. **Quel est l'état de santé des aînés?** **1**

2. **Le système de santé dessert-il bien les aînés?** **5**

3. **Quelle est la situation économique des aînés?** **13**

4. **Le milieu soutient-il les aînés de façon convenable?** **19**

5. **Les aînés participent-ils pleinement à la société?** **23**

Le dernier mot **27**

Notes/Références **31**

Avant-propos

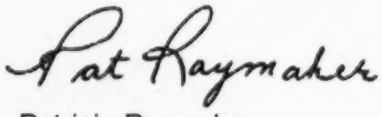
Comment se portent les aînés du Canada?

Pour répondre à cette question, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a publié en 2001 le premier *Bulletin : Aînés au Canada*. Dans ce Bulletin, on mesurait le bien-être des aînés en fonction de leur **état de santé**, de leur **accès à des soins de qualité**, de leur **situation financière**, de leurs **conditions de vie** et de leur **participation au sein de la société**. Pour chacun de ces secteurs, le Conseil accordait une note et identifiait des priorités d'intervention. Le prochain Bulletin, qui paraîtra en 2006, évaluera les progrès réalisés en cinq ans.

Entretemps, pour s'assurer que les problèmes identifiés reçoivent une attention constante, le CCNTA publie ce bulletin intérimaire. Puisqu'il s'agit d'un examen des progrès, aucune note n'est attribuée. Il s'agit plutôt d'une mise à jour des informations et d'un examen des tendances et politiques nouvelles prometteuses – ou préoccupantes – pour les aînés. Le prochain Bulletin complet attribuera de nouvelles notes pour les divers secteurs.

En 2001, 3,9 millions des 30 millions de Canadiens avaient 65 ans et plus. Les aînés sont le groupe d'âge qui s'accroît le plus rapidement au Canada : l'augmentation de 360 000 aînés depuis le recensement de 1996 équivaut à la population d'une ville canadienne de taille moyenne comme London, en Ontario, ou Halifax, en Nouvelle-Écosse. Les questions qui touchent les aînés devraient se retrouver parmi les plus hautes priorités de tous les gouvernements.

Le Bulletin de 2001, le présent Bulletin intérimaire 2003 et ceux qui suivront sont en quelque sorte un outil de surveillance du vieillissement de la population et des questions touchant les aînés canadiens. Le Conseil invite les gouvernements de tous les paliers, les organisations d'aînés, les organismes bénévoles et tous les groupes qui s'intéressent aux aînés et au vieillissement de la population à utiliser cet outil pour établir leurs priorités d'intervention et de revendication.



Patricia Raymaker
Présidente

Nous serons heureux de recevoir les commentaires et suggestions de nos lecteurs relativement aux Bulletins du CCNTA, dans l'espoir de mettre au point un outil de plus en plus performant pour influencer positivement la situation des aînés du Canada.

1

Quel est l'état de santé des aînés?

Quel est l'état de santé des aînés?

Priorités d'intervention

Dans le *Bulletin – Aînés au Canada* que le CCNTA publiait en 2001, trois priorités d'intervention avaient été identifiées en matière de la santé des aînés : la prévention des blessures, la promotion de l'activité physique ainsi que la prévention du suicide – particulièrement chez les hommes.

Information nouvelle ou mise à jour

- Bien que la population des 65 ans et plus ait augmenté de 3,7 % entre 1997 et 1999, les admissions à l'hôpital indiquent que les aînés ont été victimes d'un peu moins de blessures accidentelles en 1999-2000 (73 113) qu'en 1997-1998 (73 595), ce qui représente une baisse d'environ 0,7 %[1]. La situation est semblable au chapitre des chutes (voir Graphique 1).

- En 2000-2001, on a constaté chez les aînés de 65 à 74 ans une amélioration dans le niveau d'activité physique : 51,1 % ont déclaré être inactifs alors que le pourcentage était de 54,7 % en 1998-1999. Par ailleurs, 63,3 % des personnes de 75 ans et plus étaient inactives physiquement en 2000-2001, ce qui est supérieur aux 62,5 % de 1998-1999[2].

- Le taux de suicide chez les hommes de 85 ans et plus a chuté entre 1997 et 1998, passant de 34,3 à 31,0 pour 100 000 hommes[3].

Observations

- Il y a eu de légers progrès dans les trois secteurs : une baisse du nombre de blessures accidentelles et de chutes, une diminution continuelle de l'inactivité physique déclarée chez les aînés de 65 à 74 ans et une baisse constante du taux de suicide chez les hommes de 85 ans et plus.

- Le Conseil se préoccupe cependant du nombre toujours élevé de chutes chez les aînés.

- L'inactivité physique persiste chez les 75 ans et plus, malgré le fait qu'une activité même modérée procure aux aînés de tous les âges des bienfaits indéniables aux plans physique et mental. Passer d'un mode de vie sédentaire à l'habitude de l'activité physique modérée peut contribuer de façon significative à l'amélioration de la santé.

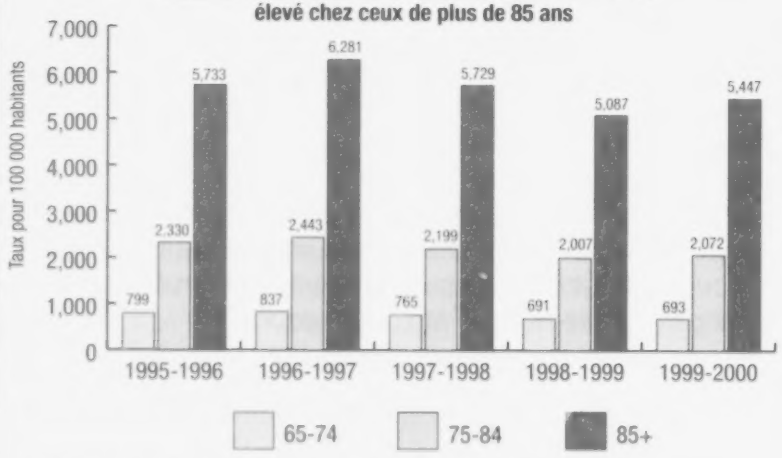
- Le maintien, chez les hommes de 85 ans et plus, de taux de suicide plus élevés qu'au sein des autres groupes d'âge pose depuis longtemps un problème, qui n'a pas encore retenu l'attention requise.

Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- L'espérance de vie des aînés continue de s'accroître et l'état de santé qu'ils déclarent[4], de même que certains aspects liés à leur santé mentale, montrent des améliorations. Pourtant, parallèlement à cela, le pourcentage d'aînés qui se disent aux prises avec de sérieuses maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension et l'arthrite ou le rhumatisme, est à la

hausse. En outre, plus d'aînés que de personnes des autres groupes d'âge contractent de nouvelles maladies infectieuses comme le virus du Nil occidental et le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou décèdent des suites de ces maladies. Le CCNTA s'attend à ce que les ministres de la Santé accordent une attention spéciale aux besoins des Canadiens âgés dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie pancanadienne de promotion de modes de vie sains, et de mesures d'intervention en santé publique visant à réagir aux nouvelles maladies infectieuses.

GRAPHIQUE 1. Le nombre de chutes nécessitant une hospitalisation a diminué chez l'ensemble des aînés, mais il demeure élevé chez ceux de plus de 85 ans



Sources : Institut canadien d'information sur la santé. « National Trauma Registry », Ottawa : 1998-2002; et Santé Canada. « Données sur les blessures au Canada : décès (1997) et hospitalisations (1996-1997) ». Ottawa : 1999.

Le système de santé dessert-il bien les aînés?

Le système de santé dessert-il bien les aînés?

Priorités d'intervention

Du point de vue de l'accessibilité, de l'intégralité, de l'efficacité, de la pertinence et de la satisfaction des usagers, le Bulletin de 2001 soulignait qu'il n'y avait pas encore suffisamment d'information pour évaluer dans quelle mesure les aînés sont bien desservis par le système de santé. Cette situation a changé, puisque à la suite d'initiatives fédérales, provinciales et territoriales récentes visant à accroître l'imputabilité du système de santé, de nouvelles études font la lumière sur l'accès aux services de santé par les aînés et sur leur degré de satisfaction face aux soins reçus. Nous disposons également d'information sur les pratiques de prescription des médicaments, ainsi que sur l'accessibilité des soins spécialisés en gériatrie, le coût des médicaments d'ordonnance et l'intégralité des soins à domicile.

Information nouvelle ou mise à jour

- En 2001, un très fort pourcentage d'aînés (95,9 %) déclaraient avoir un médecin de famille régulier; leur accès à un médecin dépassait la moyenne observée chez l'ensemble des Canadiens (87,7 %)[5].

- Moins d'aînés que de Canadiens de 15 à 64 ans se sont plaints d'avoir attendu trop longtemps pour obtenir des soins en 2000-2001. (voir Graphique 2)[6].

- Un très fort pourcentage d'aînés (90,2 %) ont qualifié d'excellente ou de très bonne la qualité globale des services de santé reçus au cours des 12 derniers mois. Il s'agit du pourcentage le plus élevé parmi tous les groupes d'âge; il est suivi par celui des Canadiens de 45 à 64 ans (87,2 %)[7].

- En 2000, on comptait 144 gériatres[8] au Canada, malgré un besoin estimé de 481. On prévoit que ce nombre sera passé à 198 en 2006, mais que le besoin sera alors de 538 gériatres[9]. Le Canada compte 0,44 gériatres pour 100 000 habitants, comparativement à 2,1 en Israël et à 3,4 aux États-Unis. (La norme préconisée par le Royal College of Physicians of London (Angleterre) est d'environ deux pour 100 000[10].)

- Les aînés dépensent plus pour les médicaments que les autres groupes d'âge, malgré les plans d'assurance provinciaux et territoriaux. Au Manitoba, par exemple, les données de 1999-2000 montrent que les aînés de cette province dépensent quatre fois plus (par personne) que leurs cadets pour les médicaments d'ordonnance – 708 $ comparé à 177 $[11].

- Bien qu'une bonne part de cette différence soit largement attribuable au fait que les aînés prennent plus de médicaments, le coût élevé des médicaments y est aussi pour quelque chose : les prix de détail des médicaments ont augmenté chaque année depuis 1997[12].

- Les aînés qui ne comptent que sur les sources formelles de soins à domicile reçoivent beaucoup moins d'heures de services d'assistance que ceux qui se fient au soutien informel[13] ou à une combinaison d'aide formelle et informelle. En 1996, les aînés qui comptaient exclusivement sur des sources formelles ont déclaré n'avoir reçu que 1,8 heures d'aide par semaine, comparativement aux 3,5 heures déclarées par les personnes ayant bénéficié de sources d'aide informelles et aux 6,5 heures de celles ayant reçu à la fois du soutien formel et du soutien informel[14] (voir Graphique 3). Plus le soutien reçu par les aînés était formel, plus ils avaient de besoins non comblés en matière d'aide pour les activités de la vie quotidienne[15].

- En Colombie-Britannique, le retrait des services d'entretien ménager aux clients des soins à domicile ayant des besoins réduits a entraîné une détérioration de leur état de santé, tel que mesuré par la hausse des taux d'hospitalisation, d'admission en établissement et de décès[16].

Observations

- La grande majorité des aînés considèrent que les soins médicaux et hospitaliers de base qu'ils reçoivent sont accessibles et de bonne qualité. Mais les évaluations subjectives ne disent rien sur l'à-propos des soins ou leur efficacité. Ces critères ne peuvent être évalués qu'en examinant les soins administrés en regard de normes de pratiques exemplaires reconnues ainsi que les résultats des traitements. Un grand nombre de médicaments ne sont pas prescrits selon ces normes d'ordonnance et d'efficacité.

- Des études objectives des soins à domicile confirment que depuis longtemps, beaucoup de bénéficiaires, de dispensateurs de services et d'observateurs se plaignent des restrictions des services à domicile et des effets perturbants qu'elles ont eus pour bien des aînés, de même que du fait que les services assurés ne répondent pas toujours entièrement aux besoins.

- Beaucoup d'aînés dépensent plus qu'avant pour les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin. Cette hausse des montants déboursés pour les médicaments peut avoir des conséquences néfastes sur la santé des aînés à revenu faible ou modeste[17]. On s'inquiète particulièrement du fardeau financier de plus en plus grand que constituent les médicaments pour les « quasi-aînés » (c.-à-d. les personnes de 55 à 64 ans), qui ont de plus en plus de problèmes de santé nécessitant la prise de médicaments mais dont certains ne sont couverts par aucun régime d'assurance gouvernemental ou privé.

- L'une des tendances inquiétantes est la pénurie de médecins spécialisés dans les soins aux aînés ayant des besoins complexes. Cet intérêt est partagé par l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui se disent préoccupées par la pénurie prévue de médecins et de personnel infirmier en mesure de dispenser des soins à une population vieillissante.

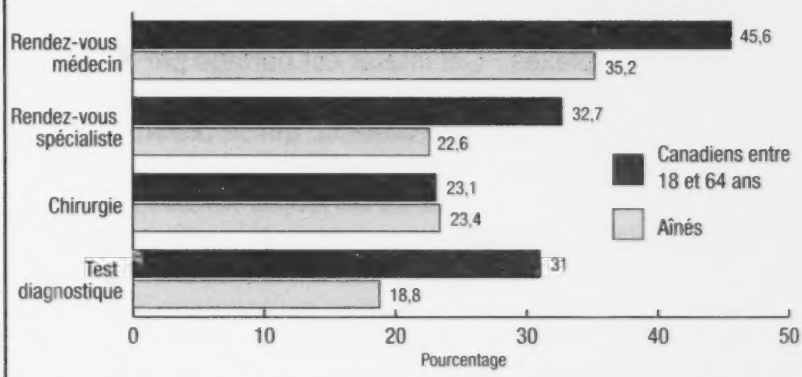
Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé fournit certaines

orientations des plus nécessaires et prévoit de nouveaux investissements dans les soins de santé primaires, l'aide financière pour les médicaments onéreux, les services de base pour les soins actifs à court terme à domicile, y inclus en santé mentale et en fin de vie. L'investissement de nouvelles sommes devrait permettre aux provinces et aux territoires de consacrer plus de ressources aux soins prolongés, dont la clientèle est surtout constituée d'aînés. Le Conseil surveillera de près les améliorations de ce volet des soins à domicile.

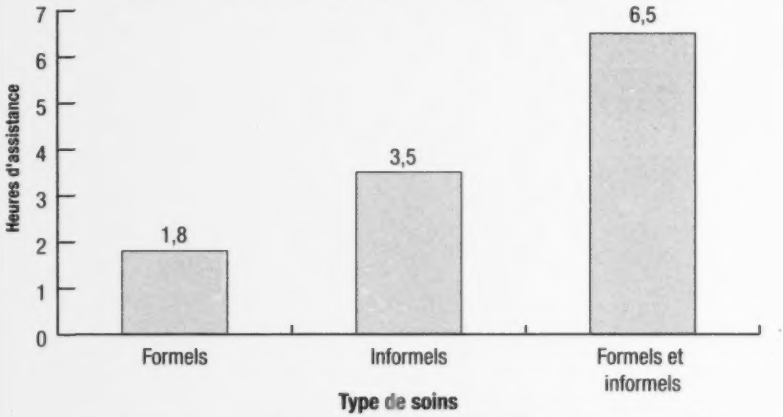
- De plus en plus de rapports font état de l'insuffisance du financement gouvernemental et de la mauvaise qualité des soins dispensés dans les établissements de soins prolongés, alors que les coûts pour les résidents augmentent dans certaines juridictions. Le CCNTA abordera cette question plus en détails dans son prochain Bulletin.

GRAPHIQUE 2. Moins d'aînés que de jeunes Canadiens ont dit avoir attendu trop longtemps pour recevoir la plupart des services de santé en 2001



Source : Groupe d'analyse et de mesure de la santé. « Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001 ». Ottawa : Statistique Canada, 2002.

GRAPHIQUE 3. Les aînés n'ayant reçu que des soins formels à domicile en 1996 ont bénéficié d'un moins grand nombre d'heures d'assistance



Source : Lafrenière, Sylvie, Carrière, Yves, Martel, Laurent et Bélanger, Alain. « Personnes âgées à domicile - sources d'aide ». Rapports sur la santé. Vol. 14, Nº 4. Statistique Canada : 2003. (Nº de cat. 82-003)

Quelle est la situation économique des aînés?

Quelle est la situation économique des aînés?

Priorités d'intervention

Dans son Bulletin de 2001, le CCNTA avait conclu qu'au chapitre de la situation économique, des interventions étaient nécessaires auprès des aînés vivant seuls, plus particulièrement des femmes, étant donné que le pourcentage de faible revenu chez elles est plus élevé que chez le reste des aînés.

Information nouvelle ou mise à jour

- Le pourcentage des femmes âgées seules ayant un faible revenu (après impôt) a décliné, passant de 22,0 % en 1998 à 21,0 % en 2000, tandis qu'il demeurait stable, aux environs de 17,0 %, chez les hommes[18].

- Le revenu moyen après impôt des femmes âgées seules est passé de 18 960 $ en 1999 à 19 299 $ en 2000[19] (voir Graphique 4).

- Les hommes âgés seuls déclaraient un revenu moyen après impôt de 22 025 $ en 2000 par rapport à 22 725 $ en 1999[20].

Observations

- L'augmentation du revenu moyen après impôt des femmes âgées seules est une bonne nouvelle, mais elle illustre à quel point bon nombre de ces femmes se trouvent près du seuil de la pauvreté tel que défini par les seuils de faible revenu (SFR) après impôt.

- Bien que les hommes âgés seuls aient un revenu moyen après impôt sensiblement plus élevé que leurs homologues de sexe féminin, leur perte de revenu net après impôt mérite qu'on y prête attention.

Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- Le revenu des familles d'aînés perd du terrain par rapport aux autres groupes d'âge. Entre 1991 et 2000, le revenu moyen après impôt des familles d'aînés a baissé de 553 $ (passé de 39 764 $ à 39 211 $) alors que celui des familles plus jeunes a augmenté de 6 585 $ (passé de 50 635 $ à 57 220 $)[21].

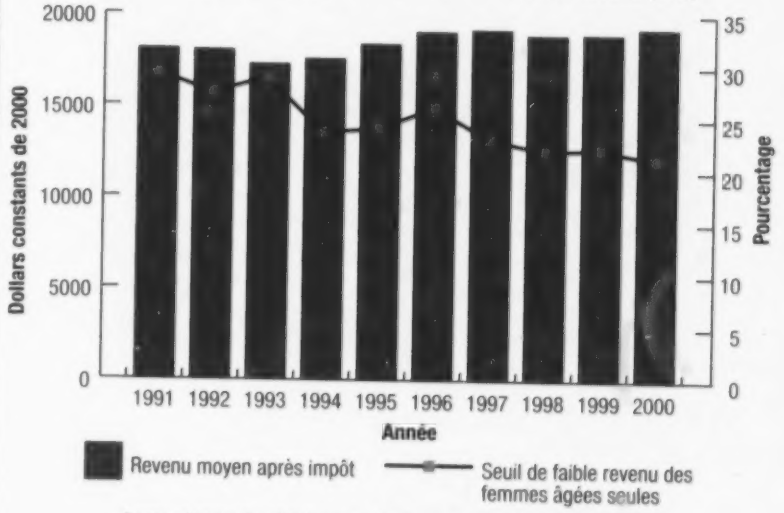
- La majorité des aînés continuent d'avoir de très modestes revenus. Bien que le pourcentage des aînés ayant un revenu suffisamment bas pour bénéficier du Supplément de revenu garanti (SRG) ait chuté au cours de la dernière décennie, encore 36 % des bénéficiaires de la Sécurité de la vieillesse dépendent aussi du SRG. On relève entre les provinces et territoires d'énormes différences dans le pourcentage d'aînés bénéficiaires du SRG; l'écart s'étend de 66 % à Terre-Neuve et au Labrador à 28 % en Ontario. Près de deux bénéficiaires du SRG sur trois sont toujours des femmes. Qui plus est, à mesure que s'accroît la population des 65 ans et

plus, le nombre d'aînés qui doivent se fier au Supplément pour boucler leur budget est à la hausse : on comptait en 2003 quelque 137 000 bénéficiaires du SRG de plus qu'en 1993[22].

- Ces tendances témoignent du fait que beaucoup d'aînés ont peu, ou n'ont pas de marge de manoeuvre financière pour absorber l'augmentation du coût de la vie. Le coût d'un grand nombre de produits et services essentiels a augmenté, comme l'énergie, les taxes foncières, les primes d'assurance, les médicaments et les régimes d'assurance-médicaments de certaines provinces. Le fléchissement des marchés financiers depuis 2001 a aussi réduit sensiblement les revenus des aînés provenant d'investissements.

- Le gouvernement fédéral déploie des efforts plus vigoureux en vue de rejoindre les aînés à faible revenu qui sont admissibles au SRG mais n'en ont pas encore fait la demande. Le CCNTA rendra compte des tendances en matière de participation au programme de SRG dans son Bulletin de 2006.

GRAPHIQUE 4. Une faible hausse du revenu moyen après impôt des femmes âgées seules les amène au-dessus du seuil de faible revenu (SFR)



Source : Division des statistiques sur le revenu. « Revenu au Canada, 2000. » Ottawa : Statistique Canada, 2002. Fondé sur le SFR de 1992.

Le milieu soutient-il les aînés de façon convenable?

Le milieu soutient-il les aînés de façon convenable?

Priorités d'intervention

Le *Bulletin – Aînés au Canada* de 2001 avait identifié deux défis prioritaires en ce qui a trait au soutien et à la sécurité des aînés : l'accroissement de la disponibilité de logements locatifs abordables afin de réduire le besoin impérieux de logements et la réduction des taux de victimisation liée aux crimes économiques.

Information nouvelle ou mise à jour

- Selon les statistiques sur la fraude téléphonique de PhoneBusters, les Canadiens de plus de 60 ans ont été victimes de près de 90 % des cas de fraude déclarés en 2001, comparativement à environ 77 % en 1999[23].

Observations

- Les données de PhoneBusters ne représentent que le nombre d'appels effectués à cette organisation pour signaler une fraude téléphonique, et il s'agit probablement d'une sous-estimation de la prévalence

réelle du télémarketing trompeur. Les taux plus élevés observés chez les Canadiens âgés peuvent indiquer deux choses : les aînés sont les principales victimes de ce type d'acte criminel, ou encore ils connaissent davantage PhoneBusters et sont disposés à signaler qu'ils ont été la cible d'escrocs.

- L'information sur les besoins en matière de logement tirée du Recensement 2001 n'est pas encore disponible[24].

Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- Depuis 2001, le gouvernement fédéral a investi environ un milliard de dollars afin de stimuler la création de logements plus abordables et il a signé avec toutes les provinces et les trois territoires des ententes relatives à la mise en oeuvre de la première phase du programme (680 $ millions). En plus de fournir un plus grand nombre de logements abordables aux Canadiens à faible revenu en général, cette initiative a permis la construction de logements pour personnes âgées dans certaines juridictions. Le CCNTA surveillera l'incidence de ce programme sur le pourcentage d'aînés ayant un besoin impérieux de logement.

- Davantage d'aînés, surtout parmi les plus âgés, vivent seuls. Bien que beaucoup d'aînés préfèrent conserver leur autonomie, vivre seul peut être associé à plus de solitude, à des besoins quotidiens non comblés et à de plus grands risques quant à leur sécurité personnelle. Il existe un besoin croissant de nouveaux choix de logements qui peuvent offrir aux aînés vivant seuls des services de qualité pour combler leurs besoins d'aide

fonctionnelle à mesure qu'ils deviennent frêles ou invalides. La sélection d'une résidence pour aînés est très problématique puisqu'il n'existe aucun processus ou normes pour assurer la qualité des services – soit par réglementation ou certification – ce qui fait qu'il existe des résidences de haute qualité et d'autres qui sont tout simplement affreuses.

- En partenariat avec d'autres intervenants, la Société canadienne d'hypothèques et de logement joue un rôle important dans l'identification et la promotion d'un plus large éventail de choix de logements pour les aînés. Néanmoins, le CCNTA a conclu en 2002 dans *La position du CCNTA sur le logement-services pour les aînés* que le gouvernement fédéral devait investir davantage afin d'encourager de nouvelles initiatives qui répondent aux besoins de plus en plus criants.

5

Les aînés participent-ils pleinement à la société?

Les aînés participent-ils pleinement à la société?

Priorité d'intervention

Le *Bulletin – Aînés du Canada* de 2001 considérait prioritaire l'abolition de la retraite obligatoire à 65 ans dans les provinces où elle est toujours en vigueur.

Information nouvelle ou mise à jour

- L'Ontario a annoncé son intention de rendre illégale la retraite obligatoire, sauf si elle est négociée, en modifiant la définition de l'âge contenue dans le *Code des droits de la personne* et dans d'autres lois.

Observations

- La discrimination fondée sur l'âge demeure une norme d'exclusion des aînés dans les provinces où les politiques de retraite obligatoire fondée sur l'âge sont toujours légales. Ces provinces sont la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan ainsi que Terre-Neuve et le Labrador[25].

Nouveaux secteurs prometteurs ou préoccupants

- Les Canadiens âgés rattrapent rapidement les plus jeunes en ce qui a trait à l'utilisation d'Internet pour communiquer et obtenir de l'information, et leur taux d'inscription à des activités éducatives formelles a augmenté. Étant donné que notre société devient plus complexe et qu'elle dépend davantage d'un accès facile et rapide à l'information, il est primordial que les aînés aient la possibilité de mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences afin de participer pleinement.

- Toute proportion gardée, moins d'aînés font du bénévolat qu'il y a quelques années mais ceux qui en font y consacrent davantage d'heures. Il vaut la peine de suivre les tendances à ce chapitre, étant donné que l'engagement continu des bénévoles âgés contribue au bien-être de la société aussi bien qu'à leur propre bien-être.

- L'activité des aînés sur le marché du travail est à la baisse depuis quelques années; par ailleurs, le pourcentage d'aînés qui cherchent activement un travail rémunéré a légèrement augmenté. Moins il y a d'aînés dans le milieu de travail, plus ceux qui désirent – ou qui ont besoin – d'un emploi rémunéré risquent d'en être exclus dans la pratique. Pour qu'il soit plus facile aux aînés de demeurer au sein de la population active, il faut mettre sur pied des initiatives visant explicitement à encourager l'apprentissage continu, l'acquisition de compétences et l'établissement d'un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Le dernier mot

Le dernier mot

Des changements positifs sont survenus dans certains domaines depuis la parution du *Bulletin : Aînés au Canada* de 2001. Une province de plus interdira sous peu la retraite obligatoire à 65 ans. Certains aspects de la santé et de la sécurité des aînés ont aussi connu de légères améliorations. Nous disposons maintenant de beaucoup plus d'information sur la perception du public relativement au rendement de notre régime de santé, mais la prudence est de rigueur pour ce qui est de son interprétation. Lorsque les gens évaluent leur degré de satisfaction par rapport aux soins reçus, ils le font sans savoir si ces soins répondent à des normes de qualité objectives. On sait très peu, en fait, de l'efficacité des soins dans la plupart des domaines, et particulièrement des soins destinés aux aînés (bien que certaines données connues relatives à la prescription des médicaments soient inquiétantes). Il existe aussi de sérieuses lacunes dans notre connaissance des soins dispensés à domicile et dans les établissements de soins de longue durée, qui desservent les aînés les plus frêles et les moins revendicateurs de notre société.

Le Conseil réitère la recommandation qu'elle a faite dans *En attendant Romanow...* (2002) voulant qu'un tiers indépendant des gouvernements procède à la vérification de l'efficacité et de la qualité des soins de santé. Il faut, dans les plus brefs délais, une plus grande imputabilité des gouvernements puisque sans données probantes, ces derniers ne subissent aucune pression politique pour améliorer les services de santé.

Il y a pourtant suffisamment de preuves pour justifier des mesures dès maintenant :

Pour ce qui est de l'état de santé des aînés, il faut des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour contrôler les taux croissants de maladies chroniques évitables et pour aider les aînés atteints à gérer efficacement leur condition. Les mesures visant les aînés doivent inclure un meilleur accès aux soins à domicile (et un meilleur rendement de ceux-ci), ainsi que l'augmentation du nombre de professionnels de la santé pour soigner les aînés.

Certaines tendances doivent être examinées et surveillées afin de prévoir l'orientation à donner aux politiques :

La situation économique précaire des femmes âgées seules est un problème de longue date, mais celle des hommes âgés seuls et des familles d'aînés commence également à retenir l'attention. Il faudrait évaluer l'impact de la hausse des coûts des produits et services essentiels sur la situation économique des aînés vulnérables. Il serait aussi nécessaire d'examiner la situation des aînés vivant seuls ou dans des maisons de retraite et des établissements de soins de longue durée. Enfin, il faudrait examiner de plus près les taux de participation des aînés aux activités professionnelles rémunérées et aux activités bénévoles, surtout si la tendance à la baisse se maintient.

Au cours de la dernière décennie, le gouvernement fédéral a mis au point des initiatives importantes relativement au bien-être des aînés et au vieillissement de la population canadienne : la réforme des pensions, le renouvellement du système de santé et la création des Instituts canadiens de

recherche en santé – Institut sur le vieillissement. Quoiqu'il s'agisse de mesures positives, le gouvernement fédéral **a failli** à son engagement électoral de promouvoir le vieillissement sain, a réduit son appui aux programmes communautaires et aux organismes d'aînés, et n'a démontré aucun leadership pour ce qui est de la mise en oeuvre au Canada du *Plan international d'action sur le vieillissement (Madrid)* établi par les Nations Unies[26]. De nouvelles initiatives en matière de vie saine, de soins de santé, de logement abordable et d'apprentissage permanent peuvent contribuer à améliorer éventuellement la santé et le bien-être des aînés mais il existe un danger de négliger les besoins particuliers des aînés en adoptant une approche générique et des programmes « à taille unique ».

Le gouvernement fédéral semble croire qu'il a trouvé les solutions au « problème du vieillissement démographique », mais les mesures prises à ce jour sont insuffisantes. Sans un réel leadership fédéral – particulièrement en ce qui a trait à l'implantation chez nous du *Plan international d'action sur le vieillissement* de l'ONU, **le Canada** ne pourra répondre aux besoins de bien des aînés canadiens et **sera mal préparé à l'augmentation considérable de la population des aînés qui se produira dans à peine huit ans.**

Notes/Références

1 Institut canadien d'information sur la santé. *National Trauma Registry 2001 Report – Major Injury in Canada*. Ottawa : 2001, pp.13,18.

2 Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de la santé*. 2002, « Activité physique durant les loisirs, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001 », http://www.statcan.ca:80/francais/freepub/82-221-XIF/01002/tables/pdf/2165_f.pdf.

3 Lindsay, Colin. *Un portrait des aînés au Canada*. Troisième édition. Ottawa : Statistique Canada, 1999. Cat. 85-519XPF.

4 *Par « état de santé déclaré » on entend l'opinion que se font les aînés de leur propre santé comme étant excellente, très bonne, bonne, assez bonne ou mauvaise. L'état de santé déclaré est généralement considéré comme un bon indicateur de la santé d'une personne.*

5 Groupe d'analyse et de mesure de la santé. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*. Ottawa : Statistique Canada, 2002. Cat. 82-575-XIF. L'analyse supplémentaire basée sur l'âge a été faite par la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada, Unité de développement des connaissances.

6 *Ibid*.

7 Santé Canada. *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé*. Ottawa : 2002. Cat. H21-206/2002, p. 82.

8 *Un gériatre est un médecin spécialisé en médecine gériatrique, c.a.d. dans les problèmes et les maladies liés à la vieillesse.*

9 Hogan, David B. « Human Resources, Training and Geriatrics ». *Geriatrics Today*. Vol. 4, N° 1, février 2001, p.8.

10 MacKnight, Chris et al. « Response to the Romanow Report ». *Geriatrics Today*. Vol. 6, N° 1, février 2003, p. 13.

11 Currie, R.J. « Drug prescribing in Manitoba: How appropriate is it? ». Rapport sommaire de *Pharmaceuticals: Focussing on Appropriate Utilization*. Manitoba Centre for Health Policy. Bulletin de juin 2003.

12 Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. *Rapport annuel du CEPMB pour* l'exercice 2002. Ottawa : 2003.

13 *Les soins informels sont ceux dispensés par la famille et les proches; les soins formels sont dispensés par du personnel payé, provenant d'organismes à but lucratif, ou non-lucratif.*

14 Lafrenière, S., Carrière, Y., Martel, L., et Bélanger, A. « Personnes âgées à domicile – sources d'aide ». *Rapports sur la santé*. Vol. 14, N° 4, août 2003. Ottawa : Statistique Canada. Cat. 82-003.

15 Chen J., et Wilkins, R. *Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle*. Ottawa : Statistique Canada. Cat. 82-003. Vol. 10, N° 1, p. 48.

16 Hollander, Marcus, et Tessaro, Angela. « Evaluation of the Maintenance and Preventive Model of Home Care ». Rapport final à la Division des soins à domicile et des produits pharmaceutiques, Santé Canada. Victoria : Hollander Analytical Services, 2001.

17 Tamblyn, Robyn et al. « Adverse Events Associated with Prescription Drug-cost Sharing among Poor and Elderly Persons ». *Journal of the American Medical Association*, 2001. Vol 285, N° 4, pp. 421-429.

18 Division de la statistique du revenu. *Le revenu au Canada, 2000*. Ottawa : Statistique Canada, 2002. Cat. 75-202-XIF. (La valeur des dollars est calculée en dollars constants de 2000).

19 *Ibid*.

20 *Ibid*.

21 *Ibid*.

22 Développement des ressources humaines Canada. *Bulletin Statistique – Régime de pensions du Canada Sécurité de la vieillesse* (les données de 2003 sont basées sur les cinq premiers mois).

23 Phonebusters. *Statistics on Phone Fraud*. http://www.phonebusters.com/Eng/Statistics/canada_stats1_2002.html. Tables 2001, 2002.

24 *On dit d'un ménage qu'il a un besoin impérieux de logement lorsque son logement est en deçà d'au moins une des normes établies pour la salubrité, la convenance ou l'abordabilité et que ce ménage devrait débourser 30 % ou plus de son revenu brut pour payer le coût moyen du loyer pour un autre logement sur le marché qui satisfait aux normes établies.*

25 Développement des ressources humaines Canada. « La conciliation travail-vie dans les milieux de travail canadiens », dans le site Web : www.labour.hrdc-drhc.gc.ca.

26 Le Plan a été élaboré en 2002 lors de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement, à Madrid. Voir le site Internet: http://www.un.org/french/esa/socdev/ageing/waa/